Rok XXXI. Kraków, 26 Listopada 1892. Nr. 48.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_8$ „	6 „

I. Z kliniki położniczo ginekologicznéj prof Dra Madurowicza w Krakowie.

O tyłopochyleniu i tyłozgięciu macicy ciężarnéj.

Podał

Dr. M. Cercha,

I-szy asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47.)

I to zejście jest niemniéj pomyślne od pierwszego, lecz może być wynikiem tylko dokładnego badania, trafnego rozpoznania i odpowiedniego leczenia, jeżeli zaś zadowalamy się tylko leczeniem objawowem, to nietylko, że nie spełniamy naszego zadania, ale nadto przez takie leczenie (najczęściéj systematyczne odprowadzanie moczu i to nieraz tygodniami) narażamy chorą, wobec złego odżywienia błony śluzowéj cewki moczowéj i pęcherza, wskutek zmienionych warunków krążenia, na zapalenie błony śluzowéj, albo co gorsza, gdy niemamy wprawy w kateteryzowaniu, które w tych razach jest bardzo trudne z przyczyny zmian topograficznych (ujście cewki moczowéj jest mocno wciągnięte do przedsionka a cewka bardzo mocno wydłużona i przylega do tylnéj ściany spojenia łonowego), jeżeli nieostrożnie zakładamy cewnik, wtedy bardzo łatwo obrazić możemy cewkę i pęcherz i sprowadzić drogę fałszywą.

Że rzeczywiście stosunki topograficzne są zmienione, to każdy przyzna, kto raz miał sposobność zaprowadzać cewnik przy tyłozgięciu macicy ciężarnéj, naturalnie, jeżeli chce to zrobić w sposób oględny, szkody ciężarnéj nie przynoszący; a kto chce przekonać się o stosunkach topograficznych w miednicy małéj przy uwięźnięciu macicy, dotyczących macicy, szyjki macicy, sklepień, cewki moczowéj, otrzewny i odbytnicy, ten znajdzie je w artykule z kliniki prof. Wydera w Zurychu, ogłoszonym przez Dra Schwytzera pod tytułem: „*Zur Anatomie der Lageveränderungen des Uterus*“ (*Archiv f. Gynaek.* Bd. XLI, H. 1 u. 2, 1891) i w załączonéj tabl. VIII fig. 1 przedstawiającéj przekrój dokonany na zamrożonych zwłokach kobiety, zmarłéj z powodu zapalenia otrzewny, wywołanego przedziurawieniem wielokrotnem pęcherza moczowego przy uwięźnięciu macicy ciężarnéj tyłozgiętéj. — Stosunki te przedstawiają się w następujący sposób: *a*) macica wypełnia całą miednicę małą i przylega ściśle do kości krzyżowéj, ku dołowi sięga zazwyczaj bardzo nisko prawie 3 do 4 ctm. powyżéj otworu stolcowego i wejścia do pochwy, dosięga więc płaszczyzny wychodu miednicy; od przodu przyciska ścianę pochwy zupełnie do tylnéj powierzchni spojenia łonowego. Przednia ściana macicy w okolicy ujścia wewnętrznego jest najbardziéj ścieńczała.

b) Szyjka macicy leży bezpośrednio za spojeniem łonowem, tylna warga części pochwowéj jest prawie zanikła, ujście zewnętrzne macicy stoi prawie w wysokości wchodu miednicy.

c) Sklepienie przednie leży nad spojeniem łonowem, ściana pochwy mocno jest wyciągnięta, a ujście cewki moczowéj zewnętrzne przez to mocno w głąb wciągnięte, cebulka moczowa jest zupełnie niewidoczna, cewka moczowa ma dł. 5 ctm., w górnéj części nieco rozszerzona, ściany pęcherza nieco zgrubiałe, lecz niejednostajnie, górny koniec cewki moczowéj leży w wysokości górnego brzegu spojenia łonowego.

d) Otrzewna przechodzi już w wysokości $15^1/_2$ ctm. powyżéj spojenia na pęcherz tak, że przejście otrzewny z pęcherza na macicę leży bardzo wysoko, przeciwnie otrzewna zatoki Douglasa jest zepchnięta bardzo nisko.

e) Kiszka stolcowa do wysokości kości ogonowéj leży mniéj lub więcéj w środku, powyżéj znacznie na lewo przesunięta.

Rysunek tego przekroju jest bardzo pouczający i wierny a jest jedyny znany w literaturze, inne bowiem, jak n. p. Oldhama, Schulzego, Schatza i te, które znajdujemy w podręczniku Schrödera są schematyczne i dają tylko obraz zmian w przybliżeniu.

Powikłanie to i w ten sposób zakończyć się może, że w początkach 3 i 4 miesiąca księżycowego macica częściowo

a mianowicie przednia jéj ściana znacznemu ulega rozciągnięciu, a część pozostaje w miednicy małéj, tworząc zaułek, w którym jedna część płodu, n. p. główka znajdować się może, podczas gdy reszta płodu rozwija się w téj części macicy, która wycofała się do miednicy dużéj: jestto zejście i wogóle forma tyłozgięcia bardzo rzadkie, a nazywamy tę zmianę częściowem tyłozgięciem (*retroflexio uteri gravidi partialis*, przypadek G. Veita, Volkmanns-Sammlung, Nr. 170, 1879). W tych rzadkich przypadkach nie było znaczniejszych zaburzeń podczas ciąży, lecz za to podczas porodu uważać należy na pierwszy okres, albowiem pęcherz i część płodu poprzedzająca nie przyczyniają się wtedy do rozwarcia ujścia zewnętrznego, lecz przy każdym skurczu macicy ulega rozszerzeniu zaułek w tylnem sklepieniu i to tak dalece, że może w tem miejscu powstać oderwanie szyi od reszty macicy; dlatego to lekarz powinien uważać na to i starać się tylną wargę macicy przesuwać poza część poprzedzającą a tym sposobem sprowadzi stosunki prawidłowe, t. j. że skurcze macicy będą działać w kierunku długiéj osi macicy. Albo też macica powiększa się w swojem nieprawidłowem położeniu, wywołując cały szereg objawów uciskowych ze strony pęcherza i kiszki stolcowéj, ale też równocześnie, wskutek zmienionych warunków krążenia i przekrwienia biernego, występują objawy zadrażnienia macicy, ściągania, a wreszcie typowe skurcze porodowe i sprawa kończy się poronieniem, po którem objawy groźne wskutek zmniejszenia objętości macicy ustępują: i w tym razie niewiasta zwykle cało wychodzi, jeżeli nie występuje zakażenie, co nie jest wykluczonem.

Jeżeli żadne z tych zejść niema miejsca, wtedy występuje stan tak zwanego uwięźnięcia macicy ciężarnéj ze swemi następstwami groźnemi a w skutkach tak zgubnemi, że pociągają za sobą często śmierć dwóch naraz istot. Objawy te są następujące: podwyższenie cieploty, puls szybki, nudności lub wymioty, bolesność brzucha, przemawiająca za podrażnieniem otrzewny, podwyższenie ciepłoty pochwy, suchość błony śluzowéj a wreszcie wybadanie macicy nieruchoméj w tylnem sklepieniu. Do nas więc należy niebezpieczeństwo grożące rozpoznać i na czas je odwrócić.

Rozpoznanie zaś tyłopochylenia lub tyłozgięcia macicy ciężarnéj przy pewnéj wprawie w badaniu, daléj po uwzględnieniu wywiadów i objawów, które w wielu razach są bardzo cechujące, nie przedstawia wielkich trudności i nie wiele mamy chorób, które wykluczyć należy, nim na pewno ostatnie wyrzeczemy słowo. O tych chorobach wspomnę późniéj. Pierwszą rzeczą, która nas zmusza do przypuszczenia zmiany w położeniu, są zaburzenia ze strony pęcherza moczowego i kiszki stolcowéj. Chore skarżą się na potrzebę częstego oddawania moczu, na parcie, które jest wynikiem rozdęcia pęcherza z jednéj strony, a uciśnięcia cewki moczowéj z drugiéj strony — wnet jednak przechodzi ono w okres, w którym ciężarna nie może oddawać moczu a nareszcie zaczyna się cechujący objaw, tj. mimowolne moczenie kroplami, a mimo tego pęcherz jest moczem przepełniony (*ischuria paradoxa*). Zazwyczaj towarzyszą temu bóle mocne, pochodzące, bądź z nadmiernego rozdęcia pęcherza, bądź z ucisku macicy na nerwy, bądź też są one uczuciem podmiotowem skurczeń macicy i zapowiedzią zbliżającego się poronienia. Ze strony kiszki stolcowéj cechującem jest zaparcie stolca nie czułe nawet na dosyć silne środki przeczyszczające.

Za pomocą badania przedmiotowego wykażemy obok objawów ciąży prawdopodobnych, jak ustania regularności, zwiększonéj czynności w sutkach, zasinienia i rozpulchnienia sromu i pochwy, także cechujące zmiany przy badaniu palcem przez pochwę. I tak: część pochwowa znajduje się zwykle bardzo wysoko, jużto do spojenia łonowego przyparta, już też ponad niem leżąca, sklepienie przednie jest szczelinowate, gdy tylne, w którem się znajduje trzon macicy, bywa mocno do próżni miednicy wypuklone, co więcéj w pewnych przypadkach było ono tak znaczne, że nawet i międzykrocze przybierało postać, jaką ma wtedy, gdy podczas porodu prawidłowego część poprzedzająca zaczyna się przerzynać. O takich przypadkach wspominają Eichhorn, Schatz, Halbertsma. Badanie moczu wykazuje zazwyczaj objawy kataru pęcherza, a w daléj posuniętych przypadkach rozkład amoniakalny a nawet gnicie. Z tych wszystkich objawów możemy łatwo dojść do rozpoznania, do którego dochodzimy najłatwiéj przez zestawione czyli oburęczne badanie, naturalnie po poprzedniem odprowadzeniu moczu. Podobne objawy możemy mieć w dwóch przypadkach, tj. jeżeli mamy do czynienia z uwięźnięciem macicy nie ciężarnéj, lecz macicy zawierającéj włókniaka i to podśluzowego lub jeżeli badamy przypadek, w którym nastąpiło zaklinowanie nowotworu, najczęściéj jajnikowego w zatoce Douglasa. Obok objawów prawdopodobnych ciąży guz w tylnem sklepieniu będący w ścisłym związku z częścią pochwową macicy przemawia za tyłozgięciem lub pochyleniem macicy ciężarnéj, a pozwala wykluczyć wszystko inne.

Rokowanie zależy od czasu trwania choroby i od zmian, jakie w tkankach sąsiednich wywołała; w tym ostatnim razie, jeżeli zmiany są daleko posunięte, rokowanie jest bardzo wątpliwem, a nawet złem.

Przechodząc do omawiania leczenia zboczeń macicy ciężarnéj ku tyłowi, musimy przedewszystkiem starać się o to, aby macicę sprowadzić do położenia prawidłowego i w niem ją utrzymać. W tym celu należy macicę ręcznie odprowadzić i następnie założyć do pochwy krążek Mayera, Brauna, Hodgego lub Schulzego, którego zadaniem jest utrzymywać macicę w prawidłowem położeniu; krążek taki powinien, jeżeli go ciężarna dobrze znosi i nie czuje dolegliwości, pozostać aż do téj chwili, kiedy macica powiększając się wchodzi do miednicy dużéj a obawa uwięźnięcia lub powtórnego opadnięcia minęła.

Nie sądzę, aby dobrze było, licząc na możność dobrowolnego cofnięcia się, czekać z odprowadzeniem, aż wystąpią groźniejsze objawy, wprawdzie i wtedy ono jest możebnem, ale trudniejszem i obawiać się należy, że nawet po udałem odprowadzeniu poronienie nastąpi.

Jeżeli ciężarna zgłasza się do nas już w tym okresie, kiedy występują objawy uwięźnięcia, to leczenie musi być czynne, polegające na odprowadzeniu, lub nawet, gdy to się nie udaje, na pomniejszeniu czyli wypróżnieniu macicy.

Nieraz jednak i w tym okresie już odpuszczenie moczu, które musi poprzedzać odprowadzenie, a które należy wykonać cewnikiem elastycznym i ostrożnie, wystarcza, że macica wraca po pewnym czasie do prawidłowego położenia. Mocz należy wypuszczać powoli, czyniąc od czasu do czasu pewne pauzy, rozdętego mocno pęcherza nie należy uciskać przez powłoki brzuszne, bo może nastąpić do pęcherza obfity krwotok, nawet przy ostrożnem i powolnem odpuszczaniu ostatnie krople moczu bywają krwawe. To samo da się

powiedzieć o lewatywach, za pomocą których należy wypróżnić kiszkę, a które także dobre dają wyniki, zwłaszcza gdy chora leży w odpowiednéj pozycyi, tj. na boku z mocno przybliżonemi do brzucha udami lub w pozycyi kolankowo-łokciowéj. Obydwa te zabiegi mają tę dodatnią stronę, że nie wywołują drażnienia macicy. Są przypadki, w których odprowadzenie moczu jest niemożebnem, wtedy nawet trzeba się uciec do nakłucia pęcherza cienkim trójgrańcem, 3—4 ctm. nad spojeniem łonowem (Münchmayer, Cheston, Kilian),

Gdy to postępowanie nie prowadzi do celu, należy chorą zachloroformować, macicę ręcznie odprowadzić, a to w następujący sposób: Pęcherz i kiszka stolcowa tak jak przed każdym zabiegiem muszą być wypróżnione. Chorą układa się najlepiéj na łóżku poprzecznem z udami do brzucha zbliżonemi i nieco rozstawionemi. Operator wprowadza dwa palce lub połowę ręki do pochwy do tylnego sklepienia, drugą rękę układa nad spojeniem łonowem, wtedy ręka znajdująca się w pochwie, stara się zwolna od jednéj lub drugiéj zatoki krzyżowo-biodrowéj wysunąć macicę z miednicy małéj; ręka zaś na powłokach ułożona stara się zajść za tylną ścianę macicy, uchwycić ją i ku przodowi przegiąć. Nie należy nigdy próbować odprowadzania macicy wprost przez wzgórek kości krzyżowéj, bo tam jest znacznie mniéj miejsca, co zabieg czyni trudniejszym. Zaraz po odprowadzeniu stosunki topograficzne się zmieniają. Część pochwowa znajduje się teraz nieco niżéj, więcéj w osi miednicy a dalszy ciąg macicy można wybadać we wszystkich sklepieniach a więc i w przedniem; w tylnem sklepieniu dawne wypuklenie nie istnieje. Aby macicę teraz w prawidłowem położeniu utrzymać, trzeba założyć tampon z waty w tylne sklepienie, albo ułożyć chorą na bok lub w pozycyi kolankowo-łokciowéj. Nie zawsze po odprowadzeniu macicy ciąża da się utrzymać, często następuje poronienie, na co otoczenie przygotować należy; w każdym razie nie zaszkodzi, jeżeli podamy choréj 3 razy dziennie po 10—15 kropli nastoju makowca (*tra opii simplex*), nadto chora musi jakiś czas pozostać w opiece lekarskiéj, dopóki grozi obawa poronienia, lub powtórnego uwięźnięcia, a chociażby żadnych nie było objawów, to po odprowadzeniu chora powinna kilka dni pozostać w łóżku.

Zdarzają się przypadki, w których mimo chloroformowania odprowadzenie się nie udaje, wtedy trzeba według rady Hurrego, który w ten sposób wyleczył 32 przypadki, założyć do pochwy lub odbytnicy balon Brauna (*Colpeurinter*) a potem do ponownego ręcznego odprowadzenia po raz drugi przystąpić. Gdy i to zawodzi, należy przystąpić do pomniejszenia macicy, tj. do wzniecenia poronienia i to, albo przez przebicie jaja płodowego zgłębnikiem macicznym i wypuszczenie wody płodowéj drogą naturalną, co się jednak z powodu trudnego dojścia do szyi rzadko udaje, albo należy nakłuć macicę przez tylne sklepienie trójgrańcem i tą drogą wodę płodową wypuścić. Po odpływie wody płodowéj macicę należy odprowadzić, poczem zwykle występują skurcze i poronienie. Sposób to ryzykowny, ale jeżeli chodzi o wybór pomiędzy niepomyślnem zejściem a niebezpiecznym zabiegiem, to nie możemy wahać się ani na chwilę.

A teraz pozostaje mi przedstawić historyje choroby naszych trzech przypadków i poczynić pewne uwagi, jakie się wśród obserwacyi nasunęły. (Dok. nast.)

II. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.

Według spostrzeżeń poczynionych w szpitalu św. Ludwika.

Podał

Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46.)

17. Rozalia Jąkała, lat 3, przyjęta 13 września 1880. Kościec prawidłowy, odżywienie dość dobre, na skórze czyraki. Nad szczytem płuca lewego odgłos wypukowy przytłumiony, oddech chuchający. Brzuch zapadły, śledziona macalna. Śpiączka, zaparcie stolca, wzrok wystraszony, c. w. 68·5.

14 i 15 stan ten sam, dziecko po największéj części drzemie, wieczorem ciepłota podwyższona, 38·2—38·5.

16 wymioty po każdorazowem jedzeniu, c. w. 36·8.

12 wymioty ustały. c. r. 37·7, w. 37·7.

19 c. r. 37·4. Drgawki słabe, brak przytomności, gałki oczne nieruchomo w dal ustawione, źrenice szerokie.

20 oddech nieregularny, chora już nie połyka.

21 silne drgawki, które całą dobę trwały, *opisthotonus* aż do 22 września, śmierć o godzinie 7 rano.

Sekcyja wykonana 23 września wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa sbsq infiltratione tuberculosa et tuberculosi pulmonis sinistri miliari, meningitide basali tuberculosa c. hydrocephalo interno acuto. Tumor lienis chronicus.*

Na podstawie mózgu, w zatokach Sylwiusza i około skrzyżowania się nerwów wzrokowych pokłady szaro-żółtéj galaretowatej wypociny. W komórkach do 200 grm. mętnego płynu.

18. Jędrzéj Kolasa, lat 11, przyjęty 8 października 1880. (Przypadek ten opisany przez śp. kol. Kułakowskiego w „Przeglądzie Lek.“ z r. 1881, Nr. 28, pod tytułem „Przypadek torbiela gruźliczego nerki“ — dlatego ograniczam się tylko do podania przypadów odpowiadających zapaleniu opon). Badanie wykazało gruźlicę narządu moczopłciowego, naciek gruźliczy szczytów płuc i zapalenie opłucny lewéj.

Dnia 2 listopada narzeka na silny ból głowy, równocześnie zupełny brak apetytu, c. w. 38·6.

3/XI. Dwukrotne wymioty, c. r. 37·6, w. 38·4.

Aż do 6/XI stan ten sam, c. r. 38·3, krwotok nosowy, ból głowy coraz silniejszy, c. w. 38·8.

7/XI. Ponowny krwotok nosowy, apatyja, chory tylko półprzytomny, wzdychanie, c. r. 38·4, w. 38·6.

8/XI. Nieprzytomność, wykrzykiwanie, rozszerzenie źrenic, mocny krwotok z ust, c. r. 38·0, w. 38·7. Rozwolnienie.

9/XI stan ten sam, nadto drgawki. c. r. 38·4, tętno 138 nikłe, nieregularne, oddechów 40. Brzuch nieckowato zapadły. Ciągły niespokój. W południe silny atak drgawek i rzucanie kończyną górną lewą. Wieczorem c. 38·5, tętno 130, tor oddechowy Stokesa, o godzinie 8 śmierć.

Sekcyja wykonana 11 listopada wykazała: *Tuberculosis tractus urogenitalis subsequ. meningitide basali tuberculosa, infiltratio apicis pulmonis utr. praecipue dextri, pleuritis fibrosa sinistra, tumor lienis ingens malaricus.*

Czaszka prawidłowa, symetryczna, opona twarda gładka, miernie drzewkowato nastrzykana, nieco znaczniéj napięta, wewnętrzna powierzchnia i zatoki prawidłowe. Opony miękkie cienkie, blade, na podstawie tuż obok nerwów wzrokowych i mostka Varola mierna ilość szarawéj, częścią żółtawéj galaretowatéj wypociny na oponach i wśród utkania tychże. Nadto tak w tem miejscu jakoteż i w zatokach Sylwiusza i w sąsiedztwie móżdżku, szczególniéj wzdłuż naczyń, rozsiane są dość licznie typowe gruzełki. Komórka trzecia i boczne wraz z rogami znaczniéj rozszerzone, zawierają do 150 grm. mętnéj, białawéj cieczy. Powierzchowne warstwy ścian komórek rozmiękają na białawą masę. Gruczoły oskrzelowe powiększone, na przekroju szarawe, twarde; kreskowe miej-

scami nieznacznie powiększone: *ductus thoracicus* badany gruzełków nie okazuje.

19. Ferdynand Piegza, lat 2, przyjęty 3 grudnia 1880. Ojciec chory na suchoty płuc, braciszek umarł na zapalenie opon mózgowych. Dziecię cierpieć miało czas dłuższy rozwolnienie, poczem w ostatnich dniach nastąpiło zaparcie żywota, a dnia wczorajszego wystąpiły nagle wymioty i drgawki.

Kościec prawidłowy, odżywienie mierne, cera ziemista, gruczoły karkowe przerosłe, twarde. Nieprzytomny, wyraz oczu groźny, gałki oczne ustawione kurczowo w dal. Wargi sine, zęby zaciśnięte. Odgłos wypukowy ponad szczytami płuc krótszy, przy oddechu liczne drobne rzężenia. Tętno 128, ciepłota 37·3. Brzuch wysklepiony. Wieczorem drgawki ogólne, skurcz karkowy, c. w. 38·4.

4/XII c. r. 38 8, śmierć wśród drgawek około południa.

Sekcyja wykonana 6 grudnia wykazała: *Degeneratio glandularum mesaraicarum caseosa subseq. tuberculosi universali. Infiltratio pulmonis utriusque praecipue lobi dextri superioris tuberculosa. Peribronchitis disseminata. Meningitis basis cerebri tuberculosa recens. Tuberculosis lienis, hepatis, renum. Catarrhus intestini tenuis chronicus.*

Na podstawie nieznaczna tylko ilość wypociny galaretowatéj, licznie zaś rozsiane gruzełki. Komórki mózgowe zawierają nieco tylko cieczy mętnawéj. Gruczoły oskrzelowe miernie tylko powiększone, soczyste. Gruczoły limfatyczne tak kreskowe jak zaotrzewnowe stanowią duże pakiety żółtawych serowatych mas, w części w środku rozmiękających na wpółpłynną miazgę.

20. Józefa Strycharska, lat 8, przyjęta 7 grudnia 1880. Siostra jéj umarła na ogólną gruźlicę i wodogłowie przewłoczne.

Złe odżywienie, skóra sucha, opad lewéj powieki górnéj. Odgłos wypukowy nad obydwoma szczytami płuc z tyłu krótszy, w szczycie lewym wydech oskrzelowy, w reszcie płuc rzężenia i furczenia. Brzuch zapadły, wątroba i śledziona prawidłowe. Gruczoły pachwinowe szczególnie po stronie lewéj przerosłe i twarde. Zupełny brak apetytu, zaparcie stolca, wymioty, apatyja, ospałość. Ciepłota wieczorna 38 2, tętno nieregularne 120.

W dniach 8 i 9 stan ten sam, wymioty kilkakrotne, ciągły ból głowy, szczególniéj w czole, uparte zatrzymanie stolca, ciepłota między 37·6 a 38·0.

10 grudnia c. r. 37 2. Zupełna nieprzytomność. W nocy wystąpił atak drgawek, głównie mięśni twarzy i kończyn górnych. Gałki oczne ku górze sztywnie zwrócone, źrenice szerokie, oddziaływanie bardzo leniwe. Wzdychanie. Przykurczenia kończyn górnych i skurcz stały rąk. Tętno nieregularne 142.

Wieczorem c. 37·6. Leży daléj bez przytomności, tylko czasem jęczy. Oddech płytki, częsty, nieregularny.

11 grudnia c. c. 38·8. Stan ten sam, drżenie członków. O godzinie 10 rano śmierć.

Sekcyja wykonana 12 grudnia wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium et retroperitonealium caseosa sbsq. infiltratione tuberculosa pulmonis sinistri et peribronchitide tuberculosa dextra. Tuberculosis pleurae, hepatis, renum lienis. Ulcera ilei follicularia, hyperplasia glandularum mesaraicarum.*

Tak jak u siostry choréj téj, zmarłéj również w szpitalu św. Ludwika, czekała nas przy sekcyi niespodzianka, bo znaléźliśmy wodogłowie przewłoczne znacznego stopnia, w komórkach przeszło litr płynu, pozostające w rażącym niestosunku do znacznego rozwoju inteligencyi objawianéj za życia (por. przyp. 11 oddziału wodogłowie przewłoczne), tak na odwrót w przypadku tym, w którym stwierdzono za życia gruźlicę płuc i gruczołów, uprawniała nas wobec bardzo wyraźnych objawów ze strony mózgu, t. j. bólu głowy, wymiotów, zaparcia stolca, ospałości, nieprzytomności, drgawek i przykurczeń w typowym porządku po sobie następujących, do rozpoznania zapalenia opon mózgowych gruźliczego, zmiany téj przy sekcyi nie stwierdzono: sekcyja nie wykazała jednakowoż także żadnéj innéj zmiany mózgu lub jego opon, nie wytłomaczyła zatem przyczyny owych objawów mózgowych, dlatego też wobec stwierdzonéj sekcyją gruźlicy gólnéj przypuścić musimy, że objawy za życia spostrzegane zależne były od erupcyi gruzełków jeszcze drobnowidowych czy to w oponach podstawy, czy w splotach komórkowych, czy też może i w korze mózgowéj, których mikroskopowo odnaleść nie było można.

21. Zofia Babicówna, lat 4, przyjęta 27 grudnia 1880. Miernie odżywiona, blada, Skóra twarzy i stóp obrzękła surowiczo. W płucach objawy rozległego nieżytu, rzężenia i furczenia pokrywające szmery oddechowe. Kaszel częsty z cechą dobrze już rozwiniętego krztuśca. Brzuch wielki, śledziona macalna, rozwolnienie. Otok z ucha prawego ropny.

28/XII. Napadów krztuśca w ciągu doby 10, mocz zawiera wybitny ślad białka, w osadzie wałeczki szkliste i ziarniste, nieco ciałek krwi czerwonych, c. 37 4.

Do wieczora dnia 7 stycznia 1881 stan jednakowy, ogólny dość dobry. Ciepłota mierzona dorywkowo okazywała się zawsze prawidłową; napadów kaszlu bywało dziennie 8—14, obrzęk surowiczy stóp ustąpił, białka w moczu był tylko śladzik ledwo spostrzegalny. Apetyt był dobry, stolców dziennie 2—3.

7/I wieczorem o godzinie 8 wśród wybuchu ropy ustami i uchem prawem dostała chora silnych drgawek, które w nocy kilkakrotnie się powtarzały.

8/I c. r. 39·8. Bezprzytomność, oczy wytrzeszczone, źrenica lewa węższa, mierne stężenie ciała całego. c. w. 39·4. Drgawki powtarzają się, obejmują mięśnie twarzy i kończyn zwłaszcza górnéj prawéj.

9/I. Stan ten sam, w płucu lewem w części dolnéj słychać drobne trzeszczenia. c. r. 37·0, bezprzytomność, źrenica lewa znacznie dziś szersza od prawéj. Po południu drgawek już nie było tylko dreszcze, c. 37·7.

10/I nad ranem umarła.

Sekcyja wykonana 11 stycznia wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa, infiltratio tuberculosa pulmonis utriusque, pneumonia lobularis sinistra, bronchitis diffusa. Tuberculosis hepatis, lienis, partim et piae matris miliaris. Catarrhus intestini ilei, hyperplasia glandularum mesaraicarum. Tumor lienis chronicus.*

Czaszka prawidłowa, symetryczna, opona twarda gładka, blada, również ponad kością skalistą nie zmieniona. Opony miękkie blade, przeświecające. Na dolnéj powierzchni lewego płatu czołowego widać na powierzchni opon grupę złożoną z kilku guzków szarych, wielkości ziarnka maku, wpół przeświecających, w sąsiedztwie naczynia krwionośnego usadowionych. Opony w bezpośredniem otoczeniu nieznacznie drzewkowato nastrzyknięte, wszędzie indziéj prawidłowe. Zwoje mózgu wyraźne, rówki głębokie, na przekroju kora prawidłowo szeroka, wszędzie wyraźnie od rdzeniowéj istoty odgraniczona. Istota rdzeniowa blada, sucha, spójności prawidłowéj. Komórki mózgu i sploty prawidłowe.

Wewnętrzna powierzchnia ucha środkowego prawego częścią owrzodziała, w całości pokryta znaczną ilością wypociny ropnéj. Kość stanowiąca tylną ścianę ucha środkowego, jakoteż przytykające *cellulae mastoideae* w nieznacznéj części porowate, wypociną ropną przepełnione — również i część kości stanowiącéj dno jamy bębenkowéj owrzodziała, po części rozmiękająca. Przewód zewnętrzny okazuje tylko powierzchowne ubytki; cały zaś wypełniony brudną, ropiastą z krwią zmięszaną cieczą.

W przypadku tym rorpoznaliśmy zapalenie opon mózgowych ropne, przypuszczając, iż nastąpiło przebicie kości skalistéj ku górze i wdarcie się ropy do jamy czaszkowéj a rozpoznanie to oparliśmy na téj podstawie, iż objawy mózgowe wystąpiły nagle i gwałtownie, bez okresu poprzedzającego, obejmującego ból głowy, wymioty, zaparcie stolca, zmianę humoru itp., że przebieg choroby był bardzo prędki, chorobie towarzyszyło w samym początku znaczne nasilenie gorączkowe, bo 39 8° C. a zaraz nazajutrz opadła ciepłota do stanu prawidłowego, co można było tłomaczyć następowym wysiękiem w komórkach i uciskiem na jądro nerwu błędnego na dnie komórki czwartéj, że brakło zupełnie przypadów

podstawowych, że wreszcie równocześnie z wystąpieniem drgawek nastąpił wybuch ropy ustami i uchem, co tłomaczyliśmy sobie pęknięciem ropnia wskutek napadu kaszlu krztuścowego i że nakoniec nie mieliśmy za życia danych dla rozpoznania gruźlicy w płucach, a tem mniéj gruźlicy ogólnéj. Tymczasem jak widzimy nie było w przypadku tym wcale żadnych zmian anatomicznych odpowiadających zapaleniu opon w ogólności, a zastaliśmy tylko gruźlicę opon bez zmian następowych, t. j. zapalnych w miejscu ograniczonem. Również nie zachodził żaden związek przyczynowy pomiędzy zapaleniem ucha środkowego a zmianą na oponach, jak to zarządzone szczegółowe zbadanie ucha wykazało. Bardzo ciekawą i pouczającą jest zatem ta okoliczność, iż objawy mózgowe przez nas spostrzeżone, tj. drgawki i bezprzytomność zależały li tylko od saméj erupcyi gruzełków na oponach, coby przemawiało bardzo za zapatrywaniem Henocha, który chorobę tę dzieli pod względem objawów na dwa tylko okresy, tj. pierwszy odpowiadający erupcyi gruzełków a drugi reakcyi opon, tj. wytworzeniu się zapalenia i wysięku.

Ciekawą była jeszcze przy sekcyi i ta okoliczność, iż po tak krótkim czasie, jaki upłynął od stwierdzenia białka w moczu a składników morfologicznych krwi i wałeczków w osadzie odpowiadających zapaleniu nerek aż do śmierci, znalezliśmy nerki prawidłowe.

22. Józef Domaszno, lat 4, przyjęty 28 lutego 1881. Dość dobrze odżywiony, na skórze wysypka odrowa, błona śluzowa spojówek, nosa i podniebienia nieżytem ostrym dotknięta, w obu płucach liczne furczenia, odgłos wypukowy ponad prawym szczytem płuca krótszy, oddech nieoznaczony. Kaszel częsty. Gruczoły karkowe powiększone, przerosłe. Brzuch wzdęty, śledziona obrzękła, macalna, mierne rozwolnienie. Ciepłota wieczorna 36·7.

Do 7 marca stan bardzo dobry, bezgorączkowy, wysypka odrowa zbladła, kaszel się zmniejszył.

7/III c. r. 39·0. Prócz świeżego zaczerwienienia i znacznego obrzęku migdałów nic wykazać nie było można.

8/III c. r. 39·1, w. 39·4.

9/III c. r. 38·4, w. 39·0. W pasze lewéj odgłos wypukowy krótszy, podczas głębokiego wdechu trzeszczenia i szmer trący opłucnowy.

W dniach następnych coraz wybitniejsze objawy zapalenia dolnego płatu płuca lewego i opłucny z następowym wysiękiem opłucnowym. Ciepłota pomiędzy 38·5 a 39·1·

16/III opadła ciepłota do 37·2, lecz już w dniu następnym podniosła się na nowo do 39·0. Odgłos wypukowy po stronie lewéj z tyłu i w pasze coraz więcej tępiał, szmerów oddechowych w miejscu tem słychać nie było, poruszalność klatki piersiowéj mniejsza. Stan ogólny był jednak dość zadowalającym, nie było wysokich eksacerbacyj ciepłoty wieczorem, ani dreszczów, nie było więc podstaw dla przypuszczenia wysięku opłucnego ropnego. Chłopiec był dość swobodny, przytomny, apetyt miał niezły. Ciepłota od 22 marca zaczęła się obniżać od 38·9 na 38·0, równocześnie wystąpiło rozwolnienie, które utrzymywało się do śmierci.

26/III c. r. 38·3, stolców 4. Chory niema zwyczajnego humoru, ruchy oddechowe przyspieszone, duszność, sinica twarzy, c. w. 38·6.

27/III. Sinica i duszność wzmagają się, oddech płytki, częsty, bardzo nieregularny, tętno słabe, niezliczalne, poty. Około południa umarł.

Sekcyja wykonana 28 marca wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium et mesaraicarum caseosa. Tuberculosis universalis (Tubercula caseosa cerebri, commissurae magnae, tuberculosis pulmonis utriusque et pleurae). Exsudat. pleuritivum sinistrum sero-fibrinosum, compressio pulmonis sinistri. Tuberculosis hepatis, lienis et renum.*

Wewnętrzna powierzchnia lewéj strony wyrostka sierpowatego okazuje kilka żółtawych serowatych gruźliczych guzków, usadowieniem swem odpowiadających zmianom półkuli lewéj. Opona twarda prawidłowa. Opony miękkie przekrwione, miejscami ćmawa. Na wewnętrznéj powierzchni *fissurae maximae* w pobliżu wolnego brzegu górnego półkuli lewéj w połowie jéj długości znachodzi się szaro-żółty serowaty, guzkowaty, płaski naciek, złożony z wysepek drobniejszych, obejmujących oponę wraz z korą mózgową. Za nacięciem widać, iż guzki serowate obejmują jako ostro odgraniczone nacieki tylko korę. Nie mniéj i spoidło wielkie w samym środku okazuje kilka serowatych guzków. Pozostałe części mózgu blade, miękkie.

Podczas obserwacyi szpitalnéj żadnych objawów mózgowych nie spostrzegaliśmy. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Terapija.

Boettiger (Halla): **Trional jako środek nasenny.**

Doświadczenia z tym środkiem wykonywał autor na chorych z kliniki psychiatrycznéj prof. Hitziga w Hali. Trional, należący do téj saméj grupy co sulfonal i tetronal, jest ciałem krystalicznem, smaku gorzkawego, rozpuszczającem się w 320 częściach wody zimnéj, a w znacznéj ilości i z łatwością w eterze i alkoholu. Dawka przeciętna wynosiła 2 gr., a największa dawka dzienna 6 gr. Środek podawano w wodzie, mleku, rosole lub herbacie.

W przypadkach zwykłéj bezsenności u nerwowych i histeryczek 1 gr. trionalu sprowadzał głęboki sen w $^1/_2$ do $^3/_4$ godziny po zażyciu, który zazwyczaj trwał 6—7 godzin. Tętno, oddech i czynności narządów trawiennych nie przedstawiały żadnych zboczeń.

W przypadkach bezsenności, wywołanéj przez bóle przeważnie u tabetyków, trional nie działał zadowalająco albowiem po zażyciu trionalu bóle nie ustępowały, a chorzy najczęściéj leżeli w półśnie. Wbrew twierdzeniu Schifera sprowadzał środek ten w dawce 2 grm. u morfio-kokainistów w okresie głodowym głęboki sen.

U obłąkanych z niepokojem (*motorische Unruhe*) trional zazwyczaj bywał skuteczny, a tylko w 2 przypadkach zawiódł. U alkoholików a szczególniéj podczas *delirium tremens* był zupełnie bezskuteczny, nawet po jednorazowéj dawce 4 grm.

U dotkniętych szałem i furyjatów w dawkach podzielonych (*in dosi refracta*) działał niejednostajnie. W przypadkach podrażnienia nerwowego u obłąkanych w dawkach podzielonych rzadko zawodził. Trional podawano także w lewatywach w dawkach 2-gramowych, a sposób podawania nie wpływał na skuteczność.

Podając podczas stosowania trionalu próbne śniadanie Ewalda, badano wpływ środka na wydzielanie się wolnego kwasu solnego, przyczem nie zauważono najmniejszych zmian w wydzielaniu HCl. (*Berl. kl. Wschrft.* Nr. 42, 1892).

Dr. Mendelsburg.

Chirurgija.

Körte: **Doświadczenia o chirurgicznem leczeniu ogólnego ropnego zapalenia otrzewny.**

Autor operował 21 przypadków z powodu zapalenia ogólnego ropnego otrzewny. Nie liczy tutaj wcale przypadków zapalenia wskutek niedrożności jelit, daléj zapalenia gruźliczego powstałego po zropiałym bąblowcu wątroby, bo tu powyższe choroby wysuwają się na pierwszy plan, w jego przypadkach zapalenie powstało wskutek przebicia ścian narządów brzusznych, a w dwóch przypadkach po odprowadzeniu przepukliny z całem zupełnie, nie przebitem jelitem. Radzi operacyję robić nawet u bardzo osłabionych chorych, albowiem w jego przypadkach wyzdrowienie następowało nawet czasem tam, gdzie się sam nie spodziewał. Jeżeli chory był osłabiony, to narkotyzował tylko do cięcia brzusznego i to eterem. Z powyższych 21 przypadków wyleczonych zostało 7.

Operacyja nie przedstawia żadnych widoków tam, gdzie ogólne objawy przeważają nad miejscowemi, wysięku bardzo mało, zrostów żadnych, jednem słowem wobec t. zw. *sepsis peritonealis.* Im więcéj zrostów się tworzy, tem lepiéj, bo się zapalenie częściowo przez nie ogranicza.

Co się tyczy przyczyny zapalenia, to w powyższych przypadkach pochodziło ono 9 razy z przebicia wyrostka robaczkowego (4 wyzdrowiało 5 umarło), 2 razy z przebicia jelita po durze (oba umarły, jeden jednak dopiero w 15 dni z powodu wycieńczenia), z wrzodu żołądka (umarł), 2 razy z przebicia jelita raz wywołanego przez pestki, drugi po odprowadzaniu uwięźniętéj przepukliny (oba umarły), 3 razy z przebicia innych narządów brzusznych jak wątroby, nerki, (wszystkie umarły) przebicie sprowadziły 2 razy kule rewolwerowe, raz przejechanie. Naturalnie autor przytacza tu tylko te przypadki, które operował po wystąpieniu zapalenia. Dwa razy wystąpiło zapalenie otrzewny po odprowadzeniu przepukliny uwięźniętéj, choć jelito było, jak się przy operacyi pokazało, nienaruszone, widocznie więc i przez ściany jelita mogą bakterye przejść.

Ponieważ zrosty są bardzo korzystne, przeto ostrzega przed podawaniem przed operacyją środków przeczyszczających, a radzi opium. Samą operacyję wykonywa w ten sposób, że po otwarciu jamy brzusznéj przepłukuje ją $^1/_2$ % lysolem, następnie zaszywa częściowo zostawiając sączek i gazę jodoformową. Co się tyczy zeszycia przebitego miejsca, to radzi to zrobić tylko wtenczas, gdy je można łatwo znaleść, bardzo zaś nie szukać, żeby nie rozrywać zrostów, gdyż to uważa za niebezpieczniejsze, niż pozostawienie otworu. (*Archiv für Klinische Chirurgie*, tom 44, zeszyt 3).

Dr. Rościszewski.

Choroby skórne i kiłowe.

Schmidt (Lipsk): *Osteoarthropathia hypertrophica* **i kiła.**

Znaną jest rzeczą, że w przebiegu niektórych chorób płucnych i sercowych wytwarza się pałeczkowate zgrubienie końców palców rąk i nóg. Bamberger, który widział takie zgrubienie u emfizematyków na końcach kości podudzia lub przedramienia, uważał je za *periostitis ossificans*, wywołaną częściami rozpadowemi napływającemi z płuc. Marie opisuje pałeczkowate zgrubienie końcowych falang i na innych kościach pod nazwą: *Osteoarthropathie hypertrophiant pneumique.* Równie jak Bamberger, przypisuje toksynom, wytwarzającym się w płucach, wpływ na rozrost kości. Że nie tylko choroby płucne ale i kiła może być podstawą tego cierpienia, udowadnia autor przytoczeniem przypadku z polikliniki lipskiéj i przypadku Smirnowa. Kobieta w sile wieku o płucach i sercu zupełnie zdrowem, a podejrzana o kiłę przedstawiała wybitny obraz omawianych zmian na końcach palców. Podawanie jodku potasu usunęło wkrótce te zmiany. Smirnow opisuje przypadek wyraźnych zmian kiłowych w gardle wraz z pałeczkowem rozdęciem końców falang. Leczenie przeciwkiłowe te zmiany usuwało. (*Münch. med. W.* Nr. 36, 1892).

Dr. Mendelsburg.

Lwow (Kazań): **Słoniowacizna sutków.**

Słoniowacizna sutków należy do wielkich rzadkości; w znanéj monografii Billrotha o chorobach sutków niema nawet wzmianki o tem cierpieniu, a z literatury znanym jest tylko jeden przypadek opisany przez Rousseaux w *Gazette médicale de Paris* 1857 r.

Autor opisuje przypadek słoniowacizny sutków u młodéj 21-letniéj włościanki. Pierwsze widoczne objawy powiększania się prawego sutka ze stwardnieniem i zgrubieniem skóry połączonego zauważyła w końcu ciąży, przedtem była zupełnie zdrową. Wkrótce potem zaczął się powoli powiększać i lewy sutek; po porodzie jednak powiększanie się obu sutków postępowało bardzo szybko tak, że doszły do kolosalnych rozmiarów. Pokarm się nie wydzielał. Skóra w okolicy brodawki zgrubiała i twarda, przewody gruczołów łojowych widocznie rozszerzone, same zrazy gruczołowe nie powiększone, nie bolesne, między niemi wyczuć można zgrubienie i stwardnienie tkanki łącznéj podskórnéj i międzyzrazikowéj. Rozpoznanie wahało się między włókniakiem, przerostem i słoniowacizną. Włókniaki rosną powoli, bez bólów, powiększają się pod wpływem częstych ciąży, po ustąpieniu których zazwyczaj następuje zwolnienie lub wstrzymanie dalszego wzrostu, prawie nigdy nie występują w postaci rozlanéj, lecz zazwyczaj jako oddzielne guzy ruchome. Rozlany przerost sutków występuje przeważnie w pierwszych początkach rozwoju płciowego, wytwarza się szybko w przeciągu 2—4 miesięcy, po pierwszéj ciąży ulegają sutki miernemu powiększeniu, poczem wzrost dalszy ustaje, wydzielanie pokarmu odbywa się mniéj lub więcéj prawidłowo. Przerost taki według Billrotha występuje albo w postaci tz. „fałszywego przerostu“ przypominającego rozlany włókniak, gdzie przeważnie ulega przerostowi tkanka łączna a mniéj gruczołowa, lub jako tz. „prawdziwy przerost“ (*Adenoma Billrotha*), gdzie przedewszystkiem rozrasta się tkanka gruczołowa, a towarzyszy temu odpowiedni przerost tkanki łącznéj.

W przypadku autora jednak nie było powiększenia tkanki gruczołowéj, przeciwnie nawet pomniejszenie, nadto szybki wzrost po porodzie i brak wydzielania pokarmu zwróciły uwagę autora na rozpoznanie słoniowacizny. Po amputacyi obu sutków, z których prawy ważył 1590 gr., lewy 1280 gr., badanie mikroskopowe stwierdziło trafność rozpoznania. (*Wracz*, Nr. 37).

Dr. B. Kozłowski.

Medycyna sądowa.

Doc. Oppenheim: **Nerwice urazowe** (*Die traumatischen Neurosen*, Berlin 1892, str. 253).

Obszerna monografija niniejsza przedstawia w jasnem świetle stan dzisiejszéj nauki o t. zw. nerwicach urazowych. Autor zaznajamia na wstępie czytelnika z bogatą literaturą, odnoszącą się do rozjaśnienia zagadkowych zjawisk nerwowych, występujących u ludzi, którzy nagle zaskoczeni zostali urazem. Następnie podaje ścisłe historyje przebiegu nerwic urazowych w 42-ch przypadkach, jakie od roku 1883 do 1891 w klinice chorób nerwowych w szpitalu Charité spostrzegano. Po szczegóły pojedynczych tych przypadków należy odesłać ciekawych do oryginału. Tu na tem miejscu wypada podać krótki obraz przyczyn, początku, przebiegu nerwic urazowych wedle przedstawionéj obszernie i wyczerpująco przez autora symptomatologii, jak również streścić zwięźle uwagi sądowo-lekarskie, przez autora nad tematem tak ważnym poczynione.

Jednę z najczęstszych przyczyn wywołujących zboczenie to układu nerwowego stanowią przypadki kolejowe; z tego też powodu Erichsen nadał zboczeniom tym nazwę Railway-spine (rdzeń kolejowy), dziś słuszniéj na Railway-brain (mózg kolejowy) zamienioną. W przypadkach zderzeń pociągów kolejowych, wykolejeń itd., doznają ludzie gwałtownego wstrząśnienia ciała, naprężenia całego systemu więzadłowego kręgosłupa. W miarę postępu przekonano się, że również i w przypadkach innych, np. w fabrykach, budowlach itd. upadek z pewnéj wysokości, podrzucenie przez pasy koła rozpędnego itd. mogą stać się przyczyną nerwicy urazowéj.

We wszystkich tych przypadkach uraz nie działał na pewną część ustroju i to w sposób taki, iżby zadał cięższe i anatomicznie stwierdzić się dające uszkodzenie, lecz przeważnie wywołał silne wstrząśnienie ustroju bez uszkodzeń znaczniejszych. Bardzo często samo wstrząśnienie psychiczne mające miejsce u ludzi dotkniętych przypadkiem, wystarcza do wywołania nerwicy, a dokładnie możność tę ilustruje przypadek autora: członek straży pożarnéj wszedłszy do mieszkania objętego płomieniem, widzi się bez wyjścia i ratunku — mimo to zostaje ocalony, lecz przerażenie jakiego doznał, sądząc się być zgubionym, wywołuje u niego nerwicę.

Szkoła Charcota twierdzi, że urazy jako takie stanowią tylko nagodną przyczynę nerwic; aby takowa pod wpływem urazu u pewnéj jednostki wystąpiła, musi być ona dziedzicznie nerwowo już usposobioną. Oppenheim jednak na zasadzie swéj dokładnéj a obfitéj kazuistyki wykazuje, iż uraz już sam jako taki jest momentem właściwie wywołującym nerwicę, a nie żadnym „*agent provocateur*“, gdyż najczęściéj spotykał nerwicę u ludzi przedtem zupełnie zdrowych, nie obciążonych dziedzicznie. Z drugiéj jednak strony przyznaje, że indywiduum neuropatyczne tem łacniéj chorobie ulegnie. Momentami usposabiającemi do ulegnięcia nerwicom są natomiast opilstwo i przewłoczne zatrucia ołowiem lub rtęcią.

Sam obraz choroby jest tak różnorodnym, tak w objawy obfitym, iż z trudnością przychodzi go ująć w jednolitą formę. — Bezpośredniem następstwem nieszczęśliwego przypadku może być kilkugodzinny lub kilkudniowy wstrząs, cechujący się jużto zupełną utratą przytomności, już też zamroczeniem i pomięszaniem. Stosunkowo rzadkiemi są przypadki, w których uraz bezpośrednio za sobą pociąga psychozę w formie halucynatorycznego pomięszania (*hallucinatorische Verwirrtheit*). Dość często wydarza się, iż osoba po doznanym urazie zupełnie zdaje się być zdrową, aż dopiero po upływie kilku dni wśród mało znaczących objawów na zdrowiu zapada. Zdarzają się wreszcie i takie przypadki, w których przez ciąg tygodni a nawet miesięcy uwaga tak osoby, która urazowi uległa, jak i otaczających ją lekarzy, na żaden poszlak nie zostaje zwróconą.

Pierwsze objawy są wyłącznie podmiotowe; chory odczuwa nieokreślony ból zwykle w téj części, która urazowi podpadła; w przypadkach wstrząśnień na kolei powstałych ból ten mieści się przeważnie wzdłuż kręgosłupa i w głowie. Ból ten zwiększa się przy ruchu, ztąd też chory częścią tą niechętnie porusza lub nawet odpowiednio ją ustala: — Zwolna występuje u chorych niepokój, drażliwość i lękliwość. Lękliwość ta odnosi się zwykle do okoliczności przypominających chwilę doznania urazu, np. przez Rieglera tak nazwana siderodromofobia, jest to lęk, któremu ulegają już na odgłos świstu lokomotywy chorzy zawdzięczający nerwicę urazową jakiejkolwiek katastrofie kolejnéj. Z uczuciem lęku łączy się zwykle uczucie niezaradności, chory nie wie o co właściwie mu się rozchodzi, uczucie niepewności i zwątpienia, a wreszcie zdarza się w wyjątkowych przypadkach wystąpienie myśli przymusowych.

Chory staje się drażliwym, skłonnym do przygnębiających wzruszeń, do płaczu, jednem słowem doznaje zamroczenia hypochondryczno-melancholicznego.

Intelligencyja może być albo tylko nieznacznie upośledzoną lub też podupada zwolna aż do ostatecznych granic zupełnéj tępoty i niedołęztwa; czasem cierpi ona przez występujące równoważniki padaczkowe lub obłąkanie epileptyczne (Westphal). Również częstemi przypadami są zawroty, napadowe omdlenia, drżenia i drgawki, już to jako *tic convulsif*, już też jako padaczka odruchowa lub pląsawica. Zwykle chorzy skarżą się na bezsenność lub tak zwaną półsenność; sen ich zwykle bywa niespokojnym. Ból, jakiego chory doznaje w krzyżach, przebiega czasem w formie pasa. — Parestezyje stanowią zwykle prawie pierwsze ogniwo długiego łańcucha objawów i schorzały umysł chorego tłómaczy sobie ich genezę najopaczniéj. Parestezyje te występują także w zakresie zmysłów, jako ćmienie się przed oczami, barwne widzenie, szum w uszach itd. Przeczulicę spotyka się wzdłuż kręgosłupa przy ucisku na wyrostki kolczaste kręgów.

Znieczulenie występuje w dwojakiéj postaci, tj. albo jako zupełna anestezyja lub jako hyperestezyja. Anestezyja zaś może być połowicza albo obustronna lub do części pewnych powierzchni ciała ograniczoną. Przy badaniu wzroku wykrywa się prawie stale ścieśnienie pola widzenia, które przez lata całe ani się zmniejsza ani powiększa; często łączy się ono z upośledzeniem poczucia barw, mianowicie takiem, iż granica poczucia barwy czerwonéj wkracza w obręb poczucia barwy niebieskiéj.

Anestezyja głowy zdarza się w dwóch typach, tj. w formie czepka, gdy zajmuje skórę głowy i czoła i tu ostrą granicą się kończy, lub w formie głowy lalek (*Puppenkopfform*) gdy zajmuje głowę, szyję i górną część klatki piersiowéj; na nogach występuje często anestezyja w formie galonów. W ten sposób umiejscowioną anestezyję spotyka się tylko w przypadkach histeryi (Charcot), również wobec gliomatów i syryngomyelii. Odruchy skórne zachowują się różnie, zwykle są upośledzone, jak również i odruch oczny, który w wyjątkowych przypadkach może zupełnie nie istnieć; czasem spotyka się z objawem stężenia odruchowego źrenic, tj. objawem Argill Robertsona.

W sferze ruchowéj napotyka się porażenia lub niedowłady połowicze, obustronne lub tylko do jednéj kończyny się odnoszące. Stosunkowo najwybitniéj zwykło występować porażenie w kończynie pierwotnie urazem dotkniętéj; przy porażeniach połowiczych nerw twarzowy i językowy bywają zwykle wolnemi od porażenia. Stężenia mięśni napotyka się w okolicy karku, kręgosłupa, zwłaszcza zaś lędźwi, ztąd chory taki kręgosłupem nie porusza przy siadaniu lub wstawaniu; jeżli obok stężeń istnieje porażenie jednéj nogi, chód jego staje się charakterystycznym przez pociąganie nogi po ziemi i przez sztywne utrzymywanie kręgosłupa ku przodowi podanego. Chód bywa czasem niezbornym, czasem znów chwiejnym, zataczającym się tak, jak gdyby móżdżek uległ pewnym zmianom chorobowym. Również można czasem stwierdzić objaw Romberga. W rękach zdarzają się kontraktury, cechujące się ustaleniem ręki w położeniu, jakie ręka zajmuje przy pisaniu, a więc podobne jak przy porażeniu ruchliwem (*paral. agitans*) lub tężyczce. *Dr. Wachholz.*

(Dokończenie nastąpi).

Notatki lecznicze.

Przeciw wymiotom ciężarnych stosuje Dr. Fedorow, gynekolog z Charkowa, z doskonałym wynikiem *extr. fluid. hydrastis canadensis*, w dawce po 20 kropli 4 razy dziennie. Środek ten uśmierza wymioty, obniżając parcie krwi i łagodząc wygórowaną pobudliwość ośrodków naczynio-ruchowych przewodu pokarmowego. (*Gazette de gynecol.* 144).

Schmidt-Beerfelden poleca najlepszy przepis pigułek kreozotowych w następujący sposób:

Rp. *Creosoti* 20,00
Glycerini 4,00
Succi Liquir. pulv. 25,00
Rad. Liquir.
Rad. Altheae āā 12,5
Gelatin. glycer. q. s. uf. pil. Nr. 200.
Consp. pulv. Rhiz. Iridis.

Gwajakol najlepiéj zapisywać:

Rp. *Guajacol.* 2,00
Spiriti V. 20,00
Tinct. Gentian. 10,00
Extr. Coffeae concentr. 20,00
Aqu. dest. 200,00
MS. 2—5 łyżek dziennie.

(*Therap. Monatsh.* Nr. 8, 1892).

Przeciwko róży stosuje Cavazzani z najlepszym skutkiem pędzlowanie skóry zajętéj, za pomocą:

Rp. *Tannini*
Camphorae āā 2,00
Aether. sulf. 15,00
S. Co 3—4 godzin pędzlować.

W 100 przypadkach uzyskał C. w 2—3 dniach całkowite uleczenie. (*Ther. Monatsh.* Nr. 8, 1892.)

Dr. Wachholz.

W sprawie cholery tegorocznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47.)

Neumann (Berlin): **Infuzyja podskórna w cholerze.**

Infuzyja wskazaną jest w chwili, w któréj skutkiem ciągłych wymiotów i wypróżnień skóra utraca elastyczność, co jest oznaką braku wilgoci w ustroju. W tym okresie kilkakrotnie użyta, często ocala chorego od śmierci. Pierwszym warunkiem jest, aby wprowadzono pod skórę znaczne ilości rozczynu soli (u dzieci 300 gr. u dorosłych 1.500). Skoro tylko tętno słabnie, należy ją wykonać po raz drugi i trzeci. Płyn infuzyjny zawierać powinien 0·60% soli kuchennéj a można także, jak to Cantani czynił, dodać 1% alkoholu czystego. Ciepłota płynu powinna wynosić 42° C. Jako instrumentarium służyć ma irygator opatrzony wężem i trójgrańcem. Strzykawki nie są odpowiednie, a użycie ich może być nawet niebezpieczne. Do użytku szpitalnego na

dają się najlepiéj duże gąsiory szklane, które wstawia się do kotła, a płyn ogrzany wprowadza się wprost pod skórę bez przelewania sposobem lewarowym. W tym celu szyjka gąsiora powinna być szczelnie zatkaną korkiem kauczukowym. Przez korek przechodzą 2 rurki szklane, jedna krótka pod ostrym kątem ku dołowi zagięta i druga długa aż do dna naczynia sięgająca. Do końca téj rurki przymocowany jest wąż opatrzony trójgrańcem o świetle $1\frac{1}{2}$ milimetra. Za pomocą mieszka balonowego lub przez pochylenie całego naczynia wpycha się płyn do węża, przez który jednostajnie przepływa. W praktyce prywatnéj najlepiéj jest wlać przekroploną wodę ogrzaną, do któréj się dodaje odpowiednią ilość soli, do dużego naczynia, np. samowaru. Ten zawiesza się lub ustawia wysoko a za pomocą lewarka, do którego przymocowaną jest rura gutaperkowa w połączeniu z kaniulą, przeprowadza się transfuzyję. Kaniula trójgrańca powinna leżeć równolegle do powierzchni skóry, nieco więcéj ku powierzchni jéj końcem zwrócona. Podczas transfuzyi powoli się ją wysuwa, aby płyn rozdzielić na większy obszar skóry. Mięsieniem przyspiesza się resorbcyję, a po wyjęciu kaniuli powinno się rankę przykryć przylepcem. — Nierzadko się zdarza, że w miejscu nakłucia powstaje ropień, jednakże wobec zbawiennego działania transfuzyi powikłanie to nie wchodzi w rachubę. (*D. m. Wschrft.* Nr. 35, 1892).

Dr. Mendelsburg.

Rosenbach (Wrocław): **Prątek przecinkowy, nauka lekarska i stan lekarski.** (*Der Kommabacillus, die medicinische Wissenschaft und der aerztliche Stand*).

Pod powyższym tytułem ogłosił Rosenbach w Nrze 43 *Münchener med. Wschrft.* artykuł, w którym zwraca uwagę na szkodę, jaką ponosi stan lekarski pod wpływem obecnie dominującego kierunku w rozpoznawaniu cholery i chorób zakaźnych wogóle. Przedewszystkiem stara się autor artykułu wykazać, że dotychczasowy przebieg epidemii w Europie, a szczególnie w Niemczech, przemawia przeciwko przyjętym powszechnie zapatrywaniom co do zaraźliwości cholery i co do znaczenia prątków przecinkowych w etyjologii téj choroby. Prątki choleryczne nie są zdaniem R. wywoływaczami choroby, właściwą istotą cholery jest niedomoga w czynności jelit (*Functionsinsufficienz*), która sprzyja rozwojowi nietylko prątków cholerycznych ale i innych pasorzytów jelita. Zdaje się jednak, że w niektórych przypadkach prątki przecinkowe łatwiéj dają się hodować na sztucznych pożywkach niż inne mikroby. Ze względu więc na to, że obecność prątków przecinkowych w dejekcyjach chorych cholerycznych należy uważać za jeden z objawów towarzyszących cholerze, jest rzeczą zupełnie dowolną i niesłuszną przypisywanie jednemu takiemu objawowi patognomicznemu znaczenia rozstrzygającego o rozpoznaniu i rokowaniu. Albowiem przypadki cholery, w których znaleziono prątki, w zasadzie nie różniły się wcale od tych, w których prątków nie było, ani co do obrazu chorobowego, ani też co do zejścia. Okoliczność, że w niektórych przypadkach można wyhodować prątki z treści jelitowéj, nie jest wcale dowodem ciężkości i zaraźliwości tych przypadków, skoro i inne, w których prątków niema, równie niepomyślnie i wśród tych samych objawów przebiegają. Skoro ciężkość choroby nie stoi wcale w stosunku prostym do ilości znalezionych prątków przecinkowych, jakżeż można, pyta Rosenbach, prątki te uważać za główną przyczynę choroby?

R. przychodzi do wniosku, że ani teoryja o prątku przecinkowym, ani teoryja o wodzie gruntowéj nie tłomaczą dostatecznie epidemicznego występowania cholery — i wyraża przekonanie, że przyczyny cholery i niektórych innych chorób infekcyjnych (np. duru brzusznego) nie należy szukać w jakimś zarazku lecz w pewnych czynnikach, które w wysokim stopniu pobudzają przewód pokarmowy do czynności tak, że słabsze osobniki tym zwiększonym wymaganiom ulegają. W ten sposób za zbyteczne uważa autor wszelkie środki ochronne przed zakażeniem, którego możność nie istnieje.

Przechodząc następnie do omówienia wpływu, jaki wywarła nauka o chorobach infekcyjnych na położenie społeczne lekarzy praktykujących, ubolewa autor nad tem, że punkt ciężkości działalności lekarskiéj przeniesiony został do pracowni bakteryjologicznéj. W miarę jak z postępem nauk lekarskich coraz więcéj wynaleziono metod i sposobów badania ścisłego i dokładnego, tem więcéj zapomina się o przedmiocie, dla którego właściwie badań tych dokonywa, t. j. o chorym człowieku, a sztuczne i ładne rozpoznanie uważa się za cel ostateczny. Ze względu na to, że rozpoznanie bakteryjologiczne odbywa się poza łóżkiem chorego, przeto czynność lekarza przy chorym redukuje się do zera — jak to doświadczyć można było podczas ery tuberkuliny Kocha. Jakież wyobrażenie może laik mieć o stanowisku lekarza i wartości badania jego, jeżeli potrzeba 3—4 dni, zanim z laboratoryjum wyjdzie rozstrzygnięcie pytania, czy chory umarł z powodu cholery azyjatyckiéj, czy „tylko“ ze swojskiéj. — Z wielką goryczą wypowiada Rosenbach, jakoby proroctwo, że wobec dążności do uznawania coraz większéj liczby chorób jako infekcyjnych, dyjagnostyka prawie wszystkich chorób zwolna przejdzie do zakładów rozpoznawczych urządzonych przez państwo, gdzie rozpoznanie będzie się wydawało nie na podstawie badania chorego, lecz jego wydalin i wydzielin, a czynność lekarza, który powinien indywidualizować i uważać chorego za przedmiot swych studyjów, nie zaś chorobę, zupełnie ustanie. Piękne, humanitarne powołanie lekarza, aby być doradcą chorego człowieka, skończy się, albowiem pewność, którą daje doświadczenie w badaniu i leczeniu chorych, ustąpi miejsca niepewności, że teoretyczne rozpoznanie bakteryjologiczne obali wszystkie zdobycze sumiennego spostrzegania. *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

I. posiedzenie z dnia 6 lutego 1892 r.

Przewodniczący kol. Feigel. — Członków obecnych 24.

Posiedzenie zagaił przewodniczący krótkiem przemówieniem, poczem wszyscy obecni uczcili pamięć zmarłego kol. Ziembickiego przez powstanie. Kol. Ziembicki syn, kilku słowami podziękował za cześć oddaną ojcu.

1. Kol. Barącz. przedstawił 5 chorych. *a*) Pierwszy był operowany metodą Angera z powodu zrośniętego paznogcia (onychia). Dawny sposób operowania polegający na wycięciu kawałka paznogcia i matrix dawał kol. Bączowi w 30 przypadkach operowanych dobre wyniki, jednak leczenie przeciągało się niekiedy do 5-ciu tygodni. Sposób Angera polega na plastycznem pokryciu ubytku i ma skracać czas trwania leczenia i zapobiegać powrotom choroby. Operacyję wykonywa się w ten sposób: wbija się mały wąski nóż amputacyjny od strony podeszwowej palca ku stronie grzbietnéj przez całą grubość palca i wykrawuje płat boczny w częściach zdrowych. Cięcie prowadzi się następnie ku wew. ku kości i znów wyprowadza się przy kości pod kątem prostym na zewnątrz przez paznogieć; w ten sposób wycina się chora matrix. Płat adaptuje się i przykrywa opatrunkiem antiseptycznym. Sposób ten operowania będzie dokładnie opisany w „Przeglądzie Lekarskim“. *b*) Chora z *sarcoma* policzka znacznych rozmiarów. Wyłuszczenie nowotworu zrośniętego z szczęką górną, połączone z otwarciem *antrum Highmori*. Wyłuszczenie dało się uskutecznić przy pomocy resekcyj *arcus zygomaticus*. Ubytek błony śluzowej plastycznie pokryty metodą Obersta: wykrojenie dwóch płatów wargi i zeszycie. Wynik b. dobry, plastyka błony śluzowéj będzie w stanie zapobiedz mechanicznemu szczękościskowi, wytwarzającemu się zazwyczaj po tak znacznych ubytkach. (Demonstracyja fotografii choréj przed i po operacyi, demonstr. chorej i obrzęku). — *c*) Chory z obrzękiem sakralnym. Rozpoznanie wahało się między *spina bifida* a *tumor sacralis*. Przy operacyi pokazało się, że rozchodzi się prawdopodobnie o *hygroma bursae mucosae*. Wycięty guz demonstrowano, badania drobnowidowego jeszcze nie przeprowadzono. — *d*) Chora z *Carcinoma planum* powieki

górnéj i dolnéj. Operacyja plastyczna sposobem Hasnera zmodyfikowanym. — e) 20-tokilkoletni mężczyzna przedstawia typowy obraz choroby Meniera. Nagła, prawie zupełna utrata słuchu i powstanie szumu w prawym uchu wśród snu, zniesienie przewodnictwa kostnego, zawroty głowy, niemożność stania z zamkniętemi oczami. Drożność trąbki Eustachego, brak śluzu w jamie bębenkowéj, błona bębenkowa prawidłowa.

W dyskusyi zabierają głos koll. Wehr, Longchamps i Obtułowicz.

II. Kol. Kicki przedstawia 4 chore operowane na kataraktę, bez wycięcia tęczówki i wykazuje korzyści téj operacyj przed Graefowską.

Kol. Machek mniej różowo zapatruje się na ten sposób operowania. Przyznaje mu korzyści szczególnie kosmetyczne, ale co do statystyki ma pewne wątpliwości, bo w wielu przypadkach trzeba robić tak zwaną „*Nachoperation*".

Dr. Stahlberger, sekretarz.

II. posiedzenie z dnia 29 lutego 1892.

Przewodniczący kol. Feigel. — Członków obecnych 23.

I. Kol. Edward Sawicki przedstawia chorego, u którego istnieje afazyja i agrafia małego stopnia, a napadami *amentia*. Przyczyną tego stanu według zdania kol. E. Sawickiego jest bardzo mały dopływ krwi tętniczéj do półkuli mózgowéj lewéj — gdyż *carotis sinistra* zarówno jak *radialis sinistra*, jest ledwie macalna, tętno nitkowate, asynchroniczne, gdy przeciwnie, *carotis dextra* i *radialis dextra* są mocno rozszerzone, z tętnem silnem, falą wysoką. Badanie serca i głównych naczyń okazuje rozległe stłumienie w okolicy łuku aorty i przedsionka serca, przekraczające linię mostkową, szmer systoliczny nad końcem serca i aortą, drugi ton nad aortą zaostrzony, co przemawia razem z powyższemi zjawiskami na tętnicach obu stron, za tętniakiem prawdopodobnie łuku aorty, pochodzenia traumatycznego. Chory bowiem w r. 1888 spadł z konia podczas manewrów, a dwa półki dragonów przejechało przez niego w galopie. Doznał w tenczas złamania piątego żebra lewego w odległości 2 ctm. od mostka, zmiażdżenia skóry pod kolanem prawem i w okolicy pachwinowéj prawéj, poczem nastąpiło owrzodzenie, które do dziś dnia się utrzymuje w okolicy kości łonowéj, co przemawia za jej próchnieniem.

Kol. E. Sawicki nawiązuje teoryę Meynerta, którą poprzednio wyłożył był na posiedzeniu przedostatniem zeszłorocznem, do obecnego przypadku, wykazując jak skurcz (*systole*) tętnic mózgowych odgrywa ważną funkcyę, nietylko jako rozlana w zadumie, ale jako częściowa i zmienna w pomięszaniu umysłu (*amentia*). Ważność teoryi Meynerta dla zrozumienia klinicznego objawów wielopostaciowej amencyi jest w obecnym stanie klinicznéj psychiatryj nieocenionéj doniosłości, a niniejszy przypadek może być uważany jako wybitny przypadek do jéj uprawnienia w nauce.

W dyskusyi zabierali głos koll. Widmann i Krokiewicz.

II. Kol. Ziembicki przedstawia: *a*) Chorą po uranoplastyce z powodu ubytku w podniebieniu twardem, wywołanego przez kiłę. — *b*) Chorego, u którego wykonywał przed 6 laty resekcyję żeber metodą Estlandera, u którego obecnie żebra prawie zregenerowały. — *c*) Chorego z frakturą rzepki i zeszyciem tejże.

W dyskusyj zabierali głos koll. Schram i Obtułowicz.

III. Kol. Mukowicz przedstawia: *a*) Chorą z dużym kilakiem *m. sternocleidomastoidei*. — *b*) Chorą z *elephantiasis vulvae* olbrzymich rozmiarów.

IV. Kol. Barącz przedstawia chorego z *actinomycosis faciei*, w okolicy gruczołu przyusznego.

V. Kol. Bylicki przedstawia chorą operowaną skutkiem zupełnego pęknięcia międzykrocza metodą Lawson-Taita.

VI. Kol. Feigel przedstawia płód monstrualny z *encephalocele*, *faux lupina*, *atrophia bulbi* obu ócz, *syndactylon*, u którego znalazł rowek przebiegający przez kość boczną, oko prawe, twarz, wargę górną, w którym to rowku mieściła się prawdopodobnie pępowina. *Dr. Stahlberger*, sekretarz.

III. posiedzenie z dnia 12 marca 1892.

Przewodniczący kol. Feigel. — Członków obecnych 23.

I. Kol. E. Sawicki przedstawia: *a*) Chorego, który przed kilku laty spadł z drzewa i doznał obrażenia czaszki, po którém została szeroka blizna w okolicy kości bocznéj lewéj. Chory miewa dnie, w których nic nie jé i w tym czasie można zauważyć dziwną niezborność ruchów. Kiedy mu się każe przejść po pokoju, przechyla się to naprzód, to w tył, to na boki, przyczem balansuje całym tułowiem i wywija rękami, przytem raz robi olbrzymie kroki, drugi raz maleńkie, skacze na jednéj nodze, to przyklęka, zwraca się z wielką trudnością. W dnie, w których je, niezborność mniéj jest wybitna. Kol. Sawicki pojmuje ten przypadek jako korową ataksyję i radzi trepanacyję — *b*) Przedstawia chorą, u któréj wpada w oczy trudność w mówieniu, przyczem szczęka dolna wykonywa najrozmaitsze ruchy i to najwięcéj na boki. Kol. Sawicki uważa to jako *Chorea in regione rami motorii trigemini*, a ponieważ indywiduum jest na wskróś gruźlicze, więc bierze i te zmiany na karb gruźlicy.

W dyskusyi zabierał głos kol. Krokiewicz.

II. W zastępstwie kol. Ziembickiego przedstawia kol. Sobolewski chorego, u którego kol. Ziembicki wykonał wskutek hernii i zgorzeli jelita *anus praeternaturalis*, a późniéj resekcyję jelita. Chory zupełnie wyleczony.

III. Kol. Barącz przedstawił chorego operowanego przed 2 laty z przyczyny rozległéj sprawy promienicowéj szczęki górnéj, wyrostka sutkowego, wyrostka jarzmowego, szczęki dolnéj i szyi po stronie prawéj. Operacyja doszczętna polegała na przecięciu częściowém, wyłuszczeniu części miękkich, resekcyi łuku jarzmowego i częściowéj resekcyi szczęki dolnéj. Chory jest dotąd zupełnie zdrów. Przypadki, w których promienica wychodzi z szczęki górnéj mają zazwyczaj przebieg niekorzystny. Kol. Barącz demonstruje preparaty drobnowidowe z tego przypadku.

IV. Następnie kol. Kadyj rozpoczął swój wykład „o organizacyi komórki", który w całości pojawi się w Kosmosie.

Dr. Stahlberger, sekretarz.

IV. posiedzenie z dnia 26 marca 1892.

Przewodniczący kol. Feigel. — Członków obecnych 21.

I. Kol. Ziembicki przedstawia *a*) Chorą, u któréj miano wykonać ezofagotomię z powodu tak znacznéj stenozy, że chora nawet płynnych pokarmów przyjmować nie mogła. Po odpreparowaniu *lege artis* i odkryciu przełyku, dostano się do nowotworu natury rakowéj, który na szerokiéj przestrzeni i okrężnie otaczał *oesophagus*. Wobec tego zaprzestano ezofagotomii, a wykonano gastrostomię. Odżywienie choréj, żywionéj przetoką żołądkową, znacznie się poprawiło i chora stan swój uważa za znośny. — *b*) 2 chorych z polipami *ad basim cranii*, jednego przed, drugiego po operacyj, u drugiego ekstyrpacyja nie była doszczętna z powodu krwotoku zagrażającego życiu i niedostępności pola operacyjnego.

Kol. Schramm radzi w tym przypadku zachwalaną przez Francuzów elekrolizę. Kol. Barącz poleca w jednym przypadku osteoplastyczną resekcyję szczęki górnéj Langenbecka, a w drugim operacyę sposobem Furneaux Jordana.

Na zarzut kol. Schramma, jakoby w 2-gim przypadku metoda Furneaux Jordana się nienadawała, odpowiada kol. Barącz, że wypowiada swe zdanie na podstawie doświadczenia w 3 podobnych przypadkach nabytego.

II. Następnie kol. Kadyi prowadzi dalszy ciąg swego wykładu „o organizacyj komórki".

Dr. Stahlberger, sekretarz.

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Hammer: Własności desinfekcyjne kresolów.

Ze wszystkich organicznych związków węgla kresole należą, jak wykazały badania Fraenkla w Berlinie, do środków najprędzéj niszczących zarazki chorobotwórcze. Że jednak nie weszły w użycie i nie zajęły należnego sobie miejsca między środkami odwaniającemi, przyczyniła się do tego zu-

pełna ich nierozpuszczalność we wodzie. Dopiero w ostatnich czasach udało się fabryce chemicznej Dra F. Heydena w Radebeul pod Draznem, wyzyskać kresole, odpadające przy fabrykacyi kwasu karbolowego, a uważane dotychczas prawie za bezużyteczne, rozpuścić i wytworzyć dwa nowe środki przeciwgnilne: solutol i solveol, które przewyższając co do siły kwas karbolowy, a będąc bez porównania tańszemi, zasługują wielce na uwzględnienie, zwłaszcza wobec panującej cholery.

Kresol rozpuszcza się w ługu sodowym a w powstałym w ten sposób kresolku sodu można znowu dalej rozpuszczać kresol w nadmiarze. Otrzymana ciecz, nazwana solutołem, rozpuszcza się w dowolnej ilości wody i posiada wyższe własności odwaniające od wszystkich dotąd znanych przetworów, jak to w pracowni prof. Hueppego w Pradze autor wykazał. Roztwór 0·5% zabija w przeciągu 5 minut wszystkie hodowle na bulionie.

Solutol wyrabia fabryka w 2 postaciach, jako czysty, prawie bez woni i nadający się do desinfekcyi mieszkań i sprzętów i surowy czyli zanieczyszczony domieszkami pirydyny i węgleków wodoru, woni ostrej, służący do desinfekcyi placów, ulic i dołów kloacznych. Obydwa te przetwory są w wodzie rozpuszczalne, łatwiej w ciepłej, posiadają większą siłę przeciwgnilną od innych połączeń, działają pewniej będąc składu chemicznego stałego a rozpuszczając powierzchowne warstwy tłuszczu mogą wtargnąć we wszystkie szpary i należycie odwonić, są znacznie tańsze od innych i nie niszczą sprzętów podlegających desinfekcyi.

Zalecane są: do odwaniania spluwaczek, szczególnie z plwocinami suchotniczemi, noczników w chorobach zakaźnych, jak dur itd., do desinfekcyi mieszkań, zakładów publicznych, kloak, ulic i to w rozczynie 2—4 łyżeczek na $^1/_2$—1 litra wody lub w ilości 1 klg. na 100 litrów wody do desinfekcyi ulic. (200 klg. solutolu surowego kosztuje 76 marek).

Drugim środkiem odwaniającym jest solweol, tj. stężony roztwór kresolu, rozpuszczony za pomocą krezotynianiu sodowego. Rozpuszcza się także we wodzie, działa silniej i pewniej od 5—2% kwasu karbolowego, a będąc mniej trującym, nadaje się do użytku w chirurgii.

Rozczyn 5% solweolu otrzymuje się rozcieńczając 37 ctm. sz. tego środka wodą do objętości 200 ctm. sz., rozczyn 2% zaś wlewając prędko 37 ctm. sz. płynu do 480 ctm. sz. wody, a 1% łącząc 37 ctm. sz. z 980—1000 ctm. sz. wody. Do celów chirurgicznych sporządza się rozczyn solweolu biorąc 37 ctm. sz. na 2—3 litrów wody. Tym płynem można obmywać ręce i narzędzia, rozcieńczonym zaś 4—5 razy przepłukiwać jamy ustrojowe lub rany większe.

Zalety jego: działa silniej i pewniej, gdyż już $^1/_2$% rozczyn solweolu zastępuje 2—5% rozczyn karbolu, jest mniej trującym od tegoż, tańszym, nie niszczy przyrządów i narzędzi chirurgicznych, jest wolnym od pyridin i węgleków wodu, oddziaływa obojętnie, skład chemiczny ma stały, w rozczynach białkowatych nie traci swej siły a rozpuszcza się w dowolnej ilości wody. (*Archiv f. Hygiene* T. XII).

Dr. Piątkowski.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 listopada. N. Pan zezwolił, aby zwyczajny profesor patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniwersytecie Jagiell., Dr. Albert Adamkiewicz, przeszedł w czasowy stan spoczynku.

Równocześnie JE. p. Minister oświecenia upoważnił Wydział lekarski krakowski do przedłożenia sobie wniosków celem obsadzenia katedry w ten sposób opróżnionej.

* Na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 23/XI odbytem kol. prezes Ponikło powitawszy obecnego na posiedzeniu Dra Jaworowskiego z Kowna, doniósł Tow. o piśmie Rady zawiadowczej Tow. lek. galic. wyrażającem życzenia „Przeglądu Lekarskiego" się tyczące. Pismo to w głównych zasadach rozpatrzywszy odstąpił Komitet komisyi redakcyjnej do zbadania i poczynienia wniosków. W miejsce Dra Krówczyńskiego który złożył urząd delegata Tow. lek. krak. do Rady zawiadowczej Tow. lek. gal., wybrano w myśl §. 65 statutu delegatem de końca roku jednomyślnie Dra Hilarego Schramma. Wybrano jednomyślnie Drów Edwarda Piotrowskiego i Maryjana Piątkowskiego członkami zwyczajnymi, zaś Drów Karola Kleckiego i Antoniego Śmiechowskiego członkami korespondentami Towarzystwa. Wybrano Komisyję wyborczą dla zaproponowania kandydatów na urzędy w Towarzystwie na rok 1893, w skład której weszli koll.: Cercha, Domański, Gabryszewski, Jakubowski, Kirschner, Kośmiński, Lustgarten, Mączka, Obaliński, Paszkowski, Radecki, Rydel, Śliwiński, Surzycki, Trzebicky i Wilkosz. — Kol. Pieniążek przedstawił 3 chorych z przerostem błony śluzowej krtani w różnej odległości od głośni. Zwrócił uwagę na wpływ, jaki ten przerost zależnie od swego umiejscowienia na głos wywierać musi, oraz na przyczynę tego stanu, której w ropotoku Störka lub w twardzieli szukać należy, nakoniec podał sposób leczenia. — Kol. Kryński przedstawił chorą, u której operowano *osteo-sarcoma frontis*, a ubytek plastycznie zastąpiono metodą Schönborna i Wolffa.

* Temi dniami odbył się w Krakowie pod przewodnictwem p. protomedyka Merunowicza egzamin dla lekarzy celem osiągnięcia posady w służbie zdrowia publicznego. Zgłosiło się tym razem 5 kandydatów, a mianowicie pp. Doktorowie: Teofil Bąkowski, Stanisław Gawlikowski, Józef Gold, Franciszek Huber i Władysław Pohorecki, którzy wszyscy uczynili zadosyć wymogom prawnym.

* W tygodniu 45-ym (od 6—12 listopada) było w Krakowie małżeństw 28, urodzeń 53, skonów 38, z tych ostatnich z gruźlicy 8, z nieżytu żołądka i jelit 6, z dławca i błonicy 3, z ospy 2, z zapalenia płuc 2, z cholery 0.

* Otrzymaliśmy pismo następujące:

Dowiedziawszy się, że p. Kazimierz Baumann, aptekarz w Winnikach, rozsyła cyrkularze z daty Winniki 1 października 1892 donoszące o wyrobie Pain Expelleru z krzyżem, rzekomo według mego przepisu sporządzonego — oświadczam niniejszem, iż z fabrykacyją tą nie mam nic wspólnego, że o takowej nic nie wiedziałem — w szczególności, że na tychże Pain Expellerach umieszczonych etykiet, rzekomo do Richterowskich podobnych, wcale nie widziałem, że p. aptekarza Baumanna nigdy nie upoważniałem do użycia a tem mniej do ogłaszania mojej recepty i że wogóle o całej tej sprawie dopiero obecnie przypadkowo z cyrkularza p. Baumanna się dowiedziałem. — Protestuję przeto jak najmocniej przeciw nadużyciu mego nazwiska.

Winniki, 19 listopada 1892.

Dr. Kazimierz Sobolewski,
lekarz c. k. fabryki tytoniu w Winnikach.

* **Zmarli**: w zdrojowisku Elsterze znany balneolog, tajny radzca Dr. Flechsig, licząc lat 75. — W Wiedniu b. dyrektor zakładu położnic i podrzutków, Dr. Karol Friedinger, w 71 roku życia.

przez Dra M. Zieleniewskiego. — *Sztuczne kąpiele.* — *Wskazówki dotyczące dawek środków lekarskich.* — *Rozbiór moczu* przez Dra Opieńskiego. — *Uwagi o świadectwach lekarskich i sądowych oględzinach i sekcyjach zwłok* przez Dra Schaittera. *Kosmetyki.* — *Norma ordynacyjna i dyspenracyjna.* — *Naczelne władze sanitarne.* — *Służba zdrowia w Galicyi.* — *Alfabetyczny spis lekarzy i chirurgów.* — *Przepisy pocztowe i telegraficzne.*

Rocznik ten ozdobiony jest wybornie wykonanym portretem prof. Dra M. Jakubowskiego.

Zamiast notatek oprawianych zwykle razem z częścią naukowo-informacyjną, podzielone są notatki na 4 kwartały (w osobnych książeczkach), które przytwierdzać można kolejno do oprawionego gustownie kalendarzyka.

Cena 1 złr. 60 ct., z przesyłką 1 złr. 70 ct.

Skład główny w księgarni S. A. Krzyżanowskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.